

Le dossier psychiatrique et le congédiement d'emploi

Psychiatric dossier and firing

Raymond Beau

Volume 10, numéro 2, novembre 1985

Santé mentale et travail

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030291ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030291ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Beau, R. (1985). Le dossier psychiatrique et le congédiement d'emploi. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 44-54. <https://doi.org/10.7202/030291ar>

Résumé de l'article

Cet article s'inscrit dans le cadre général de la Psychiatrie du Travail, et en aborde, sous forme d'histoires de cas, un aspect peu commenté dans la littérature : l'utilisation directe ou indirecte d'un dossier psychiatrique pour congédier un employé. On verra que dans le premier cas il s'agissait d'un malade reconnu qu'il devenait trop difficile de réintégrer dans son emploi, et dont on a dû avant tout faire reconnaître les droits fondamentaux. Dans le deuxième cas, l'employeur, s'appuyant sur une évaluation psychiatrique qu'il avait lui-même demandée, a congédié un employé en invoquant un refus de sa part de se faire traiter, alors que des témoignages devaient par la suite révéler des pressions anormales exercées précédemment sur cet employé. L'auteur conclut à la nécessité de prudence dans des cas semblables, surtout lorsque la demande d'évaluation provient exclusivement de l'employeur. Il souhaite que, dans une perspective globale de réinsertion sociale, la réintégration au travail fasse l'objet d'une attention accrue dans les équipes soignantes.

Le dossier psychiatrique et le congédiement d'emploi

Raymond Beau*

Cet article s'inscrit dans le cadre général de la Psychiatrie du Travail, et en aborde, sous forme d'histoires de cas, un aspect peu commenté dans la littérature: l'utilisation directe ou indirecte d'un dossier psychiatrique pour congédier un employé. On verra que dans le premier cas il s'agissait d'un malade reconnu qu'il devenait trop difficile de réintégrer dans son emploi, et dont on a dû avant tout faire reconnaître les droits fondamentaux. Dans le deuxième cas, l'employeur, s'appuyant sur une évaluation psychiatrique qu'il avait lui-même demandée, a congédié un employé en invoquant un refus de sa part de se faire traiter, alors que des témoignages devaient par la suite révéler des pressions anormales exercées précédemment sur cet employé. L'auteur conclut à la nécessité de prudence dans des cas semblables, surtout lorsque la demande d'évaluation provient exclusivement de l'employeur. Il souhaite que, dans une perspective globale de réinsertion sociale, la réintégration au travail fasse l'objet d'une attention accrue dans les équipes soignantes.

La Psychiatrie du Travail (Wallot, 1980) est un domaine encore relativement mal exploré, et qui a connu des hauts et des bas depuis la première guerre mondiale. On commençait alors à s'intéresser à l'adaptation des individus à leur travail, et la psychologie industrielle commençait à étudier l'intelligence et les aptitudes des travailleurs par rapport à leurs tâches. De toute cette évolution retenons, pour ce qui nous intéresse, deux aspects essentiels:

1. De tous les domaines possibles de la Psychiatrie du Travail, c'est avant tout l'hygiène mentale au travail qui a le plus retenu l'attention. À ce titre elle s'est trouvée plus ou moins englobée dans les domaines plus vastes de la Santé Communautaire et de la Médecine Sociale, à l'intérieur d'une approche bio-psycho-sociale (Vézina, 1978). Aux yeux du public c'est la dés-humanisation du travail industriel qui reste sans doute l'élément psychologique global le plus évident, comme dans le célèbre film «Les Temps Modernes» de Charlie Chaplin.
2. Cet intérêt pour l'hygiène mentale au travail s'est manifesté surtout pendant les périodes de plein

emploi qui ont suivi les deux guerres mondiales, pendant que les périodes de dépression, comme celle des années 30, entraînent un courant de recherches vers les effets psychosociaux du chômage. La crise économique actuelle semble avoir commencé à renouveler cet intérêt (Grunberg, 1983) et l'on s'aperçoit que les périodes où s'intensifie le chômage entraînent, avec un certain décalage, un accroissement des admissions psychiatriques. C'est ce que nous voyons actuellement se produire à l'hôpital Louis-H. Lafontaine avec un inévitable cortège de dépressions, de décompensations, et de problèmes familiaux divers.

Mais, en plus des effets psychopathogènes de la perte d'emploi, le psychiatre clinicien se voit souvent confronté dans sa pratique quotidienne avec les multiples problèmes de l'individu atteint de troubles mentaux qui perturbent ses activités de travail, que ce soit à propos de congés médicaux, d'assurances, ou de conflits avec son employeur.

Il est significatif d'ailleurs que, suite aux recommandations de la Commission de Santé et Sécurité au Travail, les handicaps relatifs à diverses altérations du système psychique, aient fait l'objet de descriptions et de quantifications légales (1982, Gazette Officielle du Québec). Il est superflu de souligner les immenses difficultés que soulève l'application de ces règlements. D'autre part avant même la paru-

* Raymond Beau est psychologue et dirige le Service d'Orientation et de Réadaptation Professionnelles à l'hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal. Il est l'auteur de plusieurs articles sur la réhabilitation psychiatrique, le rôle des conseillers en réhabilitation et la situation des jeunes adultes en psychiatrie.

tion de ces textes de loi, le Docteur Hubert Wallot (1980) mettait déjà en évidence que «la multiplicité des facteurs étiologiques concomitants, rend difficile la tâche d'apprécier la proportion qui appartient au monde du travail et celle qui appartient à l'individu hors du travail». Ce même auteur ajoutait un peu plus loin que, par le fait même d'impliquer le travail dans le diagnostic «l'intervention psychiatrique peut donner lieu à un inévitable encouragement à des manipulations sociales, elles-mêmes pathogènes».

À ce point de jonction entre la psychiatrie du travail et la pratique quotidienne, vont donc s'ajouter des aspects légaux, et spécialement si le litige entre l'employeur et son employé ne peut se régler hors Cour et aboutit devant un tribunal. Mais ici, il ne faut pas oublier que la situation judiciaire du psychiatre (Grunberg et Gravel, 1980) est très différente en matière pénale et en matière civile. Dans le premier cas, s'il est appelé à témoigner dans une affaire criminelle, il ne peut se dérober, et paraît alors comme un témoin et non comme expert. En matière civile, s'il juge que son témoignage pourrait être nuisible à son patient, il peut refuser de témoigner. Par contre, si une personne a consenti ou a dû se soumettre à une évaluation psychiatrique d'un spécialiste, autre que le médecin traitant, cette évaluation peut éventuellement être utilisée contre elle. Auquel cas elle n'aura d'autre recours que de faire appel à une contre-expertise, qui, si elle contredit la première évaluation, mettra le juge en devoir de trancher entre qui est le spécialiste le plus crédible, ou quelle est l'expertise la plus approfondie et la plus convaincante.

Évidemment, c'est surtout en matière criminelle que les rapports qu'entretiennent la justice et la psychiatrie ont le plus attiré l'attention du grand public. Pourtant celui qui est doublement accusé d'un geste criminel et de maladie mentale sait que l'issue ne fait guère de doute: il ne sera innocenté de l'un qu'en étant déclaré coupable de l'autre. Les autres facteurs qui, dans le procès d'une personne dite normale, auraient peut-être constitué le fonds même des débats, sont presque inévitablement dissimulés ou estompés par l'encombrant dilemme de sa culpabilité ou de sa folie.

Se faire congédier de son emploi est à la fois un fait banal, et un drame personnel, qui arrive en bonne place parmi les causes de réactions dépres-

sives situationnelles (Larouche et Hillel, 1980). Mais lorsque ce congédiement est essentiellement motivé par un problème psychiatrique, ou considéré comme tel, le même dilemme va ressurgir aux différents paliers des mécanismes de recours possibles, du tribunal d'arbitrage jusqu'à un procès en Cour. Et notre éternel coupable devra affronter alors de toutes façons, une atteinte sévère à son identité personnelle, et éventuellement une dépression venant se rajouter aux problèmes qui pouvaient exister auparavant, sans compter les effets à long terme de la perte de son emploi.

Dans certains cas la maladie est grossièrement manifeste et perturbante pour tout l'entourage social et familial, mais dans d'autres cas, l'existence d'un dossier en psychiatrie peut tenir à un simple concours de circonstances. Le même problème peut amener à consulter un médecin de famille ou un psychiatre, et certains médecins référeront plus au moins facilement à un autre spécialiste. Mais aussi, il suffit qu'un employeur, lorsqu'il juge que des comportements sont bizarres ou anormaux à l'intérieur du milieu de travail, fasse demander une consultation en psychiatrie, pour que se constitue l'embryon du futur dossier. Dès lors, cet embryon a de bonnes chances de survivre et de croître, car le doute est jeté et ne disparaîtra pas facilement.

Ce sont là sans doute quelques-unes des raisons qui doivent nous inciter à une très grande prudence lorsque des problèmes semblables nous sont soumis, et que l'évaluation des spécialistes consultés peut avoir une importance déterminante sur le jugement d'une cause de ce genre.

L'hôpital Louis-H. Lafontaine est l'un des très rares centres de santé mentale à posséder un service d'orientation professionnelle. En dehors des diverses formes d'aide, à la fois pratique et psychosociale, que nous offrons aux personnes traitées ici, notre rôle nous a amené à développer une expérience particulière. L'évaluation est évidemment une partie essentielle de notre travail et vient compléter celles des membres plus traditionnels des équipes multidisciplinaires. Entre autres, nous devons examiner soigneusement les facteurs environnementaux, situationnels et relationnels du milieu du travail qui pourraient jouer un rôle important dans la réactivation des symptômes et provoquer des réhospitalisations. Notre intervention est

donc maintenant souvent demandée lorsque se présentent des problèmes épineux avec un employeur et particulièrement lors d'une demande de renvoi.

Nous allons illustrer cet aspect spécifique de notre travail par deux histoires de cas, que nous avons choisies extrêmement différentes l'une de l'autre, et qui représenteront bien, nous l'espérons, deux pôles extrêmes de ce genre de problèmes, tant par la situation elle-même, que par le type d'évaluations et de recommandations que nous avons été amenés à formuler chaque fois.

LE CAS DE MONSIEUR X...

Ce premier cas est un cas de pratique privée qui m'avait été soumis par un bureau d'avocats. Il s'agissait d'un problème particulièrement délicat, car l'employeur était un ministère fédéral, et la demande de renvoi était sur le bureau du sous-ministre responsable du dossier. L'affaire concernait un fonctionnaire d'un niveau relativement élevé.

À cette époque, Monsieur X... était un homme approchant la quarantaine, marié, père d'un fils d'une dizaine d'années. Les premières informations transmises par l'avocat m'avaient appris que Monsieur X... avait été, quelques mois auparavant, jugé apte à retourner à son travail par le psychiatre traitant, mais avec des responsabilités diminuées, et une supervision régulière. L'employeur avait refusé catégoriquement de reprendre Monsieur X... en alléguant que cette solution avait déjà été tentée plusieurs fois sans succès, et que, devant cette situation il n'avait d'autre choix que de demander un renvoi. Pris entre la recommandation du psychiatre traitant et la décision de l'employeur, l'avocat avait donc décidé de demander une expertise psychologique susceptible d'amener des éléments nouveaux dans une situation apparemment sans issue.

La veille de son premier rendez-vous, Monsieur X... m'avait fait transmettre un volumineux dossier, où se trouvaient ses descriptions de fonctions et ses évaluations professionnelles depuis le début de sa carrière; plusieurs rapports psychiatriques de différentes sources avec toute la correspondance associée; tous les rapports circonstanciels et échanges de lettres à propos de ses comportements jugés inadéquats; enfin une quarantaine de pages manuscri-

tes d'arguments contre les plaintes dont il était l'objet, et de confessions personnelles. Le tout était constellé de flèches, de renvois, d'annotations et de numéros de référence.

À la lecture du dossier il apparaissait que Monsieur X... avait été un excellent employé pendant plusieurs années et avait mené à bien des affaires difficiles qui lui avaient valu des appréciations élogieuses et une promotion intéressante. Progressivement il avait manifesté des signes dépressifs, puis des sautes d'humeur accompagnées de comportements qui perturbaient le milieu: il avait notamment amené des cassettes de musique qu'il voulait faire entendre à ses collègues pendant leur travail, dansait et chantait en s'accompagnant avec des baguettes de tambour sur les classeurs, restait parfois de très longs moments les yeux perdus dans le vide, ou s'absentait sans raison. Il lui était arrivé de proférer des menaces jugées comme inquiétantes à des collègues ou supérieurs. Bref, les rapports, dont je ne vous donne qu'un très bref échantillon, s'étaient accumulés en une pile impressionnante, et il était manifeste que, à une ou deux exceptions près, il était devenu la bête noire du personnel et de ceux qui avaient été chargés de surveiller ses agissements et la qualité de son travail.

Monsieur X... était suivi depuis des années en psychiatrie mais n'avait jamais été hospitalisé. Il avait reçu de multiples congés médicaux, tous suivis de retours au travail qui semblaient progressivement être de plus en plus courts et difficiles. On avait diagnostiqué des troubles schizo-affectifs et aucun traitement en chimiothérapie et en psychothérapie n'avait été réellement efficace. Le patient avait rejeté finalement sa médication au lithium, à laquelle il fallait adjoindre régulièrement des antipsychotiques ou des antidépresseurs, mais il supportait mal les premiers et réagissait souvent aux seconds par des accès hypomaniaques. Bien que généralement coopératif, il ne participait que très superficiellement aux séances de thérapie individuelle et familiale qui avaient été tentées. On ne pouvait guère que lui offrir une thérapie supportive et veiller étroitement à un ajustement constant des médications.

Monsieur X... était venu à sa première entrevue avec moi vêtu d'un «parka» qui avait connu des jours meilleurs, et dont le capuchon, qu'il avait gardé sur

sa tête, était particulièrement long. On ne pouvait guère apercevoir à l'intérieur qu'une paire de lunettes noires, et, si ma mémoire est exacte, une pipe. Ses bottes étaient entourées de petits sacs de plastique, eux-mêmes retenus par des ficelles. Monsieur X... avait tenu à garder son «parka» sur lui, bien que mon bureau soit fort bien chauffé, et n'avait consenti à enlever ses lunettes qu'au bout de plus d'une heure d'entrevue, car il désirait, m'avait-il dit, m'épargner la terrible puissance de son regard. Cette entrevue avait été dans l'ensemble plutôt chaotique, mais avait permis de nouer une relation de relative confiance avec Monsieur X... même après lui avoir précisé que mon évaluation dans cette affaire serait aussi objective que possible, et qu'éventuellement il pourrait ne pas aimer ce que j'aurais à écrire. D'autre part il m'avait confirmé sa ferme intention de mener son procès jusqu'au bout, n'ayant pas d'autre choix à son avis. Enfin il était visible qu'il traversait un épisode symptomatique, et je lui avais donné rendez-vous quinze jours plus tard, pour voir si une évolution s'était produite et compléter mes informations.

Entre temps une rencontre avec son psychiatre traitant, puis son avocat, m'avaient éclairé sur la situation familiale qui était aussi, sinon beaucoup plus inquiétante que celle qui prévalait au travail. Et finalement, lors de sa deuxième entrevue, Monsieur X... semblait s'être encore détérioré. Les signes de sympathie qu'il m'avait manifestés, semblaient avoir bien plus encouragé des confidences qui ne pouvaient guère l'aider, plutôt que susciter des comportements pouvant infléchir mon rapport favorable.

Bref, voici quelques passages de cette évaluation qui permettront de situer l'affaire de Monsieur X... dans une perspective plus générale. Ce rapport était divisé en quatre parties: une évaluation clinique, une évaluation des capacités actuelles à remplir les fonctions professionnelles, une étude des implications d'un retour dans le milieu de travail, et des recommandations finales.

Je passerai rapidement sur l'évaluation clinique dont les éléments principaux étaient les suivants: La personnalité de Monsieur X... était nettement obsessionnelle, ce qui ne semblait pas figurer au dossier en ma possession. Cela avait d'ailleurs favorisé antérieurement ses succès professionnels, à cause

de sa minutie et de sa tenacité dans des affaires difficiles, mais, typiquement ses décompensations s'accompagnaient de pensée magique et de négligence corporelle et vestimentaire. Ce type de personnalité pouvait, avec des problèmes schizo-affectifs, devenir aisément suicidaire, et ce risque était dénoncé déjà par un psychiatre consultant. Les éléments paranoïdes étaient par contre reliés à deux facteurs de réalité: la demande de renvoi et la lecture des rapports à son sujet, qu'il n'avait en mains que depuis deux ou trois mois. Mais en fait, ces deux facteurs avaient précipité une détérioration rapide, et à mon avis Monsieur X... était à la veille d'une crise particulièrement aiguë. Son psychiatre, dont les recommandations dataient déjà de plusieurs mois, était du même avis. Mais son client paraissait être un homme très difficile à hospitaliser.

Monsieur X... avait refusé pour plusieurs raisons plus ou moins valables, de passer des tests psychométriques. Comme les résultats en auraient été sans doute très discutables, je n'avais pas insisté. Voici donc les passages essentiels de cette évaluation:

... j'estime que Monsieur X... ne dispose pas d'un usage suffisant de ses capacités professionnelles pour remplir les fonctions de...

Il n'est pas possible actuellement de juger si les facultés logiques et les capacités professionnelles de Monsieur X... peuvent être considérées comme diminuées ou non, car cette évaluation supposerait au préalable une stabilisation qui ne semble pas avoir été acquise de façon suffisamment durable.

En conséquence une affectation à un poste impliquant des responsabilités diminuées, m'apparaît à la fois prématurée et difficilement applicable dans les circonstances actuelles. Cela ne résoudrait en rien le problème de relations humaines qui s'est constitué autour de la personne de Monsieur X..., et pourrait engendrer une dévalorisation personnelle, elle-même source de futurs conflits possibles. Enfin l'alternance actuellement observée du mode rationnel au mode irrationnel constitue également un handicap pour n'importe quelle fonction alternative. De fait, en supposant qu'une stabilisation suffisante ait été acquise, et que l'usage des qualités professionnelles dont il a déjà fait preuve lui soit de nouveau disponible, les chances de Monsieur

X... m'apparaîtraient meilleures dans ses fonctions actuelles...

... Pour les mêmes raisons que celles citées ci-avant, j'estime qu'une supervision, *sortant des limites de la supervision professionnelle normale*, serait aussi difficilement applicable. Elle risquerait de dégénérer en une surveillance de tous les instants, ou, si le superviseur peut assurer une bonne relation humaine avec Monsieur X... de faire de lui l'expert devant juger si oui ou non il va bien. Si Monsieur X... devait être réintégré dans son emploi, ce ne pourrait être qu'à part entière, et ce serait à lui-même de déceler s'il a besoin ou non d'une aide thérapeutique à un moment donné.

Les points soulevés dans cette partie du rapport étaient d'un intérêt certain pour beaucoup d'autres cas. L'emploi du terme «usage» plutôt que «diminution» des facultés est, en effet, beaucoup plus adéquat dans une partie importante des pathologies psychiatriques, et notamment les maladies affectives. Le terme «diminution» s'applique mieux à des handicaps physiques et neurologiques à caractère permanent.

De façon corollaire, la notion de «responsabilités diminuées» peut s'avérer une solution bâtarde, lorsque le problème est un usage sporadique et imprévisible de facultés, qui sont pour l'essentiel restées souvent intactes. C'est pour cela qu'une supervision peut se révéler très difficile d'application, lorsque le problème central consiste en symptômes plus ou moins évidents, ou plus ou moins subtils. De plus si, comme dans le cas présent, il y a eu perturbation grave du milieu du travail, cette supervision ne peut plus, à toutes fins pratiques, rester à l'intérieur de limites strictement professionnelles, et encore plus s'il s'agit d'une personne occupant des fonctions complexes, et d'un niveau relativement élevé.

L'étude des implications d'un retour dans le milieu de travail était également un point particulièrement important, après toutes les émotions diverses provoquées par Monsieur X... Quelques termes de la demande de renvoi envoyée au sous-ministre étaient d'ailleurs particulièrement éloquentes:

«Nous n'avons pas de poste où il serait possible de l'isoler complètement et je refuse d'envisager qu'il occupe un autre poste où il sera en

contact avec d'autres employés ou le public...» et un peu plus loin... «ce sont nos autres employés qui doivent supporter les graves problèmes suscités par sa présence».

Mon rapport continuait ainsi:

Je ne nie absolument pas le caractère perturbateur des comportements de Monsieur X... mais ce genre de problèmes crée en général une réaction en chaîne que j'ai pu voir à maintes occasions, et qui est difficilement évitable en dehors d'un milieu thérapeutique...

... En général cela s'accompagne d'une surveillance excessive, où des faits tantôt graves, mais tantôt anodins, finissent par être observés et recensés. En lisant les faits qui sont reprochés à Monsieur X..., je lis qu'il a proféré des menaces envers un autre employé, ce qui est particulièrement sérieux, mais je lis un peu plus loin qu'il s'est servi de la machine à photocopier sans permission, ce qui me paraît moins remarquable. Il est clair d'ailleurs que les descriptions de ses comportements, les échanges de correspondance, les réunions, etc., ont dû consommer un nombre considérable d'heures de travail.

Cette réaction une fois en train, possède sa propre dynamique interne et ne s'arrête pas facilement. Dans ces circonstances nous devons poser la question: un retour de Monsieur X... dans son milieu actuel de travail est-il souhaitable? Il me paraît évident que si Monsieur X... devait revenir dans ce milieu de travail particulier, et devait affronter, en plus d'une reprise de ses tâches, un phénomène de rejet collectif, nous aurions une situation psychopathogène plutôt que propice à une réhabilitation.

Si je fais cette analyse ici, c'est pour souligner que, en supposant que Monsieur X... ait eu un autre type de maladie ou d'accident qui l'aurait handicapé de façon quantitativement comparable, mais sans provoquer une perturbation du milieu, il ne ferait sans doute pas aujourd'hui l'objet d'une demande de renvoi. Cela revient à discuter de sa responsabilité et, dans les circonstances actuelles, je le considère uniquement comme une personne gravement malade, et nécessitant toutes les protections dont il a besoin, lui et sa famille...

Ces passages se passent de commentaires, et ne font que soulever un des plus graves problèmes que pose la réhabilitation des malades mentaux, et même l'exercice de leurs droits fondamentaux.

Je recommandais finalement que l'employeur retire sa demande de renvoi, et que Monsieur X... soit mis en congé de maladie pour une période de un an. Durant cette période on pourrait tenter de nouveaux traitements ou de nouvelles conditions de traitement, et je pensais alors à une assez probable hospitalisation. Si le retour au travail était jugé possible ensuite, il devrait s'accompagner d'une période d'essai de trois mois consécutifs, et les conditions de ce retour devraient être évaluées très soigneusement en collaboration avec l'équipe traitante.

La veille du jour de l'audition préliminaire en Cour, où j'avais été appelé à témoigner, quelques semaines après la remise de mon rapport, Monsieur X... dut être hospitalisé d'urgence. L'employeur retira finalement sa demande de renvoi et la procédure fut arrêtée. L'avocat de Monsieur X... put lui obtenir ainsi une pension d'invalidité d'une durée indéterminée, qui couvrait la majeure partie de son salaire.

LE CAS DE MONSIEUR Z...

Monsieur Z... avait environ 35 ans lorsqu'il était venu consulter pour la première fois à l'hôpital. Il travaillait alors depuis 8 ans dans une grosse compagnie privée comme technicien. Trois ans auparavant, il avait consulté un psychiatre privé et s'était vu accorder cinq semaines de repos, suite à ce qu'il jugeait comme une surcharge excessive de travail en heures supplémentaires. À cette époque le médecin avait diagnostiqué une réaction paranoïde. Rétrospectivement Monsieur Z... jugeait qu'il avait été sérieusement perturbé à cette époque, et cela avait même entraîné une séparation d'avec sa femme.

Monsieur Z... était revenu au travail et pendant une période d'environ trois ans il n'y avait pas eu d'autre problème. Puis, au bout d'environ 7 années de service dans la compagnie, il avait reçu sa première réprimande au sujet d'une pause qu'il aurait prise sans permission. Jugeant la réprimande non fondée Monsieur Z... avait hésité, puis finalement décidé de poser un grief auprès de son syndicat. Ce

dernier avait refusé pour des raisons de politique interne. Monsieur Z... avait alors décidé de porter l'affaire devant le Conseil Canadien des Relations de Travail, qui avait refusé alors de trancher sur le fond même du problème, étant donné que la décision de ne pas aller en arbitrage relevait d'une politique interne du syndicat local.

Ensuite Monsieur Z... avait commencé à recevoir une série de lettres de réprimandes pour des motifs divers invoqués par les deux contremaîtres chargés de contrôler son travail. Il avait alors fait l'objet de mesures disciplinaires diverses, dont une était allée jusqu'à une suspension de 10 jours. Ces plaintes s'étaient accumulées durant près d'un an, et c'est alors que Monsieur Z... vint consulter pour la première fois à l'hôpital.

À cette époque Monsieur Z... est tendu, angoissé, il se sent «craquer». Selon lui on est en train de monter un dossier et de fabriquer des preuves contre lui. Parfois même il pense que des voitures le suivent, sans pouvoir cependant en être certain. Il demande aux cliniciens de l'équipe de l'aider à rétablir la vérité et la justice. Évidemment l'équipe refuse de s'improviser l'avocat de Monsieur Z... et les éléments qu'il amène ont une teinte fortement paranoïde. Cependant il ne présente pas d'éléments psychotiques francs, ni de désorganisation de la pensée, et l'on juge qu'il peut continuer son travail.

Monsieur Z... cesse alors de venir consulter ici. Quelques mois après, convaincu d'être l'objet de pressions anormales de la part de son employeur, il décide d'attaquer la compagnie. Au début de l'année suivante il prend un congé de maladie pour de violents maux de tête, consulte son médecin personnel, et revient à son travail. Au bout de quelques jours il est renvoyé chez lui par un de ses contremaîtres. Quelques jours après, le bureau médical de la compagnie l'envoie passer une entrevue avec un psychiatre. Monsieur Z... revient chez lui, ses maux de tête ont disparu depuis plusieurs semaines et il tente de revenir au travail avec un certificat de son médecin personnel. On le renvoie de nouveau chez lui.

Deux mois environ après son entrevue, Monsieur Z... est convoqué au bureau médical de la compagnie, où on l'informe qu'il a un problème psychiatrique et qu'il doit recevoir des soins. On refuse alors de lui montrer le rapport du psychiatre con-

sulté par l'employeur, et son avocat échoue également dans sa tentative d'en obtenir une copie. Finalement, un an donc environ après ses premières consultations ici, et deux ans environ après le début de cette affaire, Monsieur Z... revient nous consulter, cette fois pour savoir exactement s'il est malade ou non, et s'il a besoin d'un traitement. Beaucoup moins tendu que l'année précédente, il commence par contre à douter de sa propre raison. C'est à cette époque que le psychiatre demande mon intervention pour essayer de débrouiller un peu cette affaire et procéder à mon évaluation personnelle.

À ma première rencontre avec Monsieur Z... je lui avais précisé, que, pas plus que les intervenants précédents, je n'avais l'intention d'intervenir auprès de la compagnie d'une façon quelconque. Nous avions donc eu une première entrevue, de près de deux heures, et mon impression différait sensiblement du portrait clinique qui s'était dégagé l'année précédente. D'ailleurs bien des événements s'étaient produits depuis. L'après-midi même, je téléphonais longuement à son avocat qui m'avait dit alors avoir en mains les preuves et témoignages qu'il y avait eu effectivement fabrication de preuves et harcèlement contre Monsieur Z... Évidemment il pouvait y avoir de sa part un biais en faveur de son client, mais cela posait néanmoins une interrogation sérieuse quant à la nature réelle ou non des événements dont Monsieur Z... s'était plaint l'année précédente, même s'il semblait avoir connu un épisode apparemment semblable plusieurs années auparavant.

Plusieurs questions se posaient: M. Z... était-il plus anxieux que ne le laissait voir son comportement actuel en entrevue? Avait-il l'usage des capacités nécessaires pour accomplir ses tâches? Enfin, y avait-il chez lui des facteurs plus ou moins permanents de personnalité pouvant soutenir l'hypothèse d'un délire interprétatif structuré?

J'avais donc décidé de le soumettre à une batterie de tests de plusieurs heures, à la fois pour provoquer une anxiété peut-être latente, et recueillir éventuellement des indices psycho-pathologiques possibles à partir d'instruments comme le «Barbeau-Pinard» ou le «Bender Gestalt». D'autre part, afin d'introduire un élément d'objectivité dans son évaluation de personnalité, je lui avais fait ensuite passer un test de type questions-réponses, et en avait soumis le profil à deux consultants ayant beaucoup

travaillé ce test, mais ne connaissant rien du cas de M. Z...

En résumé, qu'il s'agisse de mémoire, de capacités d'abstraction, d'intelligence différentielle et d'intelligence dite «de performance», ou des capacités perceptuelles et visuo-motrices nécessaires dans son travail, M. Z... s'était situé constamment à un niveau élevé ou très élevé, durant plusieurs heures d'affilée. Aucun des trois différents examinateurs n'avait décelé de signes d'angoisse ou de simple nervosité. Il s'était montré coopératif et n'avait pas posé de questions bizarres, excessives ou inquisitrices. Les seuls indices psychopathologiques que nous avions recueillis provenaient de l'interprétation, en termes projectifs, du test «Bender Gestalt», avec possibilité de difficultés de contrôle émotionnel et de relations interpersonnelles, et peut-être de passivité envers l'autorité, ce qui semblait un peu inattendu dans son cas.

L'interprétation du profil de personnalité avec mes consultants avait permis de dégager un consensus sur trois points essentiels: 1) M. Z..., au moment de passer ce test, ne semblait pas dans un état de stress émotionnel anormal, ce qui confirmait tout ce qui avait été observé précédemment. 2) Il apparaissait comme quelqu'un de conformiste et de respectueux de l'autorité, et non pas une personnalité antisociale. En reliant ce trait à un des indices précédents, on pouvait se demander si en fait, il n'y avait pas un respect excessif et une idéalisation de la figure d'autorité. 3) Sous le terme de «difficulté de relations interpersonnelles», qui avait l'avantage de recouper une hypothèse précédente, nous avions résumé plusieurs facteurs de personnalité dont l'articulation pouvait se prêter à des interprétations diverses. En résumé Monsieur Z... paraissait, d'après ce test, peu perspicace dans ses relations avec autrui, et semblait connaître une dualité entre confiance et méfiance; certains traits de personnalité indiquant de la chaleur, de la sensibilité et de la sociabilité, mais un autre en particulier indiquant une tendance à être soupçonneux et rigide. Mais j'avais déjà vu des personnes scorer encore plus haut sur ce facteur particulier sans être pour autant des personnalités paranoïdes.

Pour moi qui connaissait son histoire, ce profil s'ajustait bien à cette alternance d'attitudes observées depuis un an: d'abord la recherche d'une pro-

tection sociale auprès de professionnels de la Santé, investis d'une sorte d'autorité morale, et vus peut-être comme des substituts paternels par Monsieur Z... dont l'éducation avait été plus ou moins délaissée par son père. Déçu dans cette demande, Monsieur Z... avait ensuite décidé de faire lui-même un procès à son employeur. Était-ce le résultat d'une nature soupçonneuse ou avait-il de bonnes raisons de l'être devenu? Nous ne le savions pas vraiment, mais son amélioration clinique depuis un an pouvait avoir deux raisons possibles: son retrait, même forcé, d'un milieu de travail possiblement pathogène, et le fait d'avoir assumé ce qu'il considérait comme sa responsabilité d'adulte.

Tel quel ce scénario ne confirmait pas, mais n'infirmais pas totalement non plus la thèse d'une personnalité paranoïde. Par contre le style et le contenu des propos tenus par Monsieur Z... en entrevue me faisaient douter d'un délire interprétatif dans la version des faits précis qu'il rapportait.

En remettant dans le contexte du travail cet ensemble de facteurs d'intelligence, d'aptitudes, et de personnalité, plusieurs autres questions se posaient. Monsieur Z... était manifestement trop intelligent par rapport à la nature de son travail relativement routinier. Mais son conformisme naturel le poussait à apprécier avant tout la sécurité de son emploi et à développer des compensations dans ses loisirs. D'autre part ses tâches l'amenaient à se déplacer constamment chez des particuliers, et satisfaisait ainsi un certain goût d'indépendance et de socialisation, sans l'astreindre à des contacts journaliers avec un groupe. De fait ses relations de travail se faisaient pour l'essentiel avec ses contremaîtres, et une personne trop intelligente pour son niveau d'emploi pouvait faire l'objet de perceptions très diverses, en dehors d'autres difficultés possibles d'interrelations.

En rassemblant toutes ces données, en y ajoutant que Monsieur Z... était asymptomatique actuellement, et que nous avions des doutes quant aux faits exacts de l'année précédente, j'avais écrit dans mon rapport que «cette affaire devrait être évaluée hors de tout contexte psychiatrique afin de ne pas y introduire des biais indésirables». Quant à la responsabilité initiale d'un conflit de relations de travail, elle serait sans doute très difficile à déterminer, mais

ce n'était pas notre problème. Finalement j'avais recommandé un retour immédiat au travail, ainsi qu'un éventuel changement de position dans la compagnie pour Monsieur Z... en «favorisant son perfectionnement technique et scientifique dans l'intérêt réciproque de l'employeur et de l'employé».

Nous avons discuté ensuite du cas avec le psychiatre traitant, qui avait finalement révisé son diagnostic pour celui de «troubles situationnels», et envoyé un certificat de retour au travail pour Monsieur Z... Mais l'avocat de ce dernier avait décidé, pour des raisons de stratégie, de ne pas produire le rapport que j'avais fourni, tant que la compagnie refuserait de communiquer celui du psychiatre qu'elle avait consulté. Durant les semaines suivantes l'employeur retira du dossier disciplinaire de Monsieur Z... la quasi totalité des réprimandes écrites dont il avait été l'objet, et ses jours de suspension lui furent payés rétroactivement. À ce moment-là, alors que tout semblait se diriger vers un règlement à l'amiable, Monsieur Z... reçut une lettre de congédiement, dont le motif principal était d'avoir refusé de se faire traiter en psychiatrie. La lettre mentionnait entre autres:

Le... je vous réitérais par écrit que nous devons recevoir avant le... un certificat médical d'un spécialiste attestant que vous étiez sous traitement. Vous avez une fois de plus fait défaut de nous faire parvenir le document requis. Celui que nous avons reçu n'atteste pas que vous étiez suivi et traité par un spécialiste répondant aux exigences de notre service médical compte tenu de la maladie diagnostiquée.

Le diagnostic n'avait toujours pas été communiqué à Monsieur Z... Entre temps le psychiatre traitant quittait l'hôpital. Ayant terminé quant à moi mon travail d'évaluation et de counseling avec Monsieur Z... j'avais demandé qu'il soit vu par un autre psychiatre de l'hôpital. Ce dernier fermait finalement le dossier en concluant à «l'absence de pathologie psychiatrique nécessitant des soins», environ un mois après un congédiement qui aurait pu constituer un facteur déclenchant évident.

Je devais revoir Monsieur Z..., environ 13 mois après son congédiement, en compagnie de l'avocat de son syndicat. Je me voyais alors confirmé par

ce dernier les faits suivants: un des contremaîtres impliqués dans le dossier avait manifesté des symptômes dépressifs, puis était venu avouer qu'il avait effectivement reçu des ordres pour harceler Monsieur Z... en montant un dossier contre lui, avec l'aide de l'autre contremaître impliqué dans l'affaire. Cela s'était accompagné entre autres, de deux faits précis: tout d'abord la surveillance du travail, qui se fait habituellement par échantillonnage, était dans son cas totale et quotidienne, et Monsieur Z... avait été effectivement suivi jusqu'à 8 heures par jour, par des voitures non identifiées louées par la compagnie, afin de voir s'il se rendait directement d'une adresse à l'autre. Une quinzaine de jours plus tard ce contremaître venait témoigner devant le tribunal d'arbitrage, ainsi que d'autres employés de la compagnie qui avaient précédemment alerté Monsieur Z... C'était d'ailleurs après avoir reçu ces informations qu'il avait décidé de poursuivre la compagnie, et non sur de simples soupçons.

Après une très longue série d'audiences pour un tribunal d'arbitrage, Monsieur Z... se voyait finalement réintégré dans ses fonctions avec tous les avantages qui s'y rattachaient et sa pleine séniorité. La thèse d'un délire paranoïde, structuré à partir d'injustices subies à son travail, comme le mentionnait finalement l'expertise psychiatrique produite par la compagnie, avait été catégoriquement et explicitement rejetée par le juge. De plus ce dernier avait vertement blâmé la compagnie pour son attitude tout au long de cette affaire. Ce jugement, très récent au moment d'écrire ces lignes, constituera probablement un cas de jurisprudence.

LA DEMANDE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE PAR UN EMPLOYEUR: SES IMPLICATIONS

Après l'exposé de ces deux histoires de cas, on réalise leurs différences fondamentales. Dans le cas de Monsieur X... le problème se situait avant tout au niveau des recommandations à apporter, à partir d'évaluation clinique où intervenants et consultants étaient essentiellement d'accord. Dans le cas de Monsieur Z... au contraire son diagnostic faisait l'objet de controverses. Une des questions que nous pose son histoire est celle des implications

posées par une demande d'évaluation psychiatrique de la part d'un employeur.

On sait la prudence qui est généralement observée lorsque le demandeur d'expertise peut avoir un intérêt quelconque à l'utiliser contre la personne à évaluer. L'exemple qui vient à l'esprit est celui de la garde des enfants quand un des conjoints, divorcé ou séparé, conteste la santé mentale de l'autre. Dans ce cas la situation est relativement nette: l'enjeu est connu, les intentions du demandeur également, et l'usage qu'on peut faire du diagnostic est clair. Par contre, dans le cas d'un employeur, qui pourrait évidemment utiliser une évaluation psychiatrique contre son employé, les alternatives me semblent beaucoup plus complexes.

Tout d'abord l'employeur, tant par ses fonctions que par la nature même de sa requête, se situe comme une source importante d'information, avec éventuellement des témoins et des rapports écrits de comportements pouvant être extrêmement détaillés. Cela est en soi un élément d'interrogation, car les observations sur l'employé ont de fortes chances d'avoir été faites dans un contexte disciplinaire. Au contraire la demande d'évaluation est faite le plus souvent, de façon formelle ou informelle, dans un contexte d'aide: assurances, congés de maladie, soins, réintégration éventuelle au travail, etc. En effet, dans le cas d'une petite entreprise non syndiquée, l'employeur n'a pas besoin de manoeuvres détournées pour se débarrasser d'un employé considéré comme indésirable. La demande sera faite vraisemblablement pour des raisons humanitaires, et plus dans l'esprit d'une consultation que d'une expertise. Si l'on regarde ensuite le cas d'une grosse entreprise ou d'une institution liée par des conventions collectives, on imagine mal une demande d'expertise trahissant ouvertement l'intention de renvoyer un employé.

Ce qu'on peut retenir, c'est que les raisons de la demande et les enjeux qui sont en cause risquent d'être entourés d'ambiguïtés. L'employeur peut être hésitant entre son désir d'aide et celui de se débarrasser d'un problème, et si son intention initiale est de justifier une décision qui privera l'employé temporairement ou définitivement de son emploi, on a vu que cette décision pouvait être prise à partir de bases très différentes.

Dans le cas de Monsieur Z... on peut s'interroger sur les intentions de l'employeur en posant sa demande d'évaluation, et sur la façon dont il a utilisé le diagnostic du psychiatre consulté, si les précédents que l'on connaît sont exacts. Paradoxalement, dans le cas de Monsieur X... l'employeur l'avait aidé en demandant son renvoi. Le dénouement de l'affaire avait prouvé d'ailleurs sa bonne foi, si l'on sait qu'il avait crédité comme temps de travail à Monsieur X... toute la période où il avait été suspendu, afin qu'il ait la séniorité suffisante pour bénéficier d'assurances beaucoup plus étendues. Bref, pour parodier des paroles célèbres de John Kennedy, n'ayons pas peur de nous méfier des employeurs, mais n'ayons pas peur non plus de leur faire confiance.

CONCLUSION

Les questions que soulèvent des cas comme ceux décrits ici, sont nombreuses et parfois fort délicates, mais plusieurs sont susceptibles d'être évoquées dans un cadre plus général que celui-ci. Les réflexions que j'aimerais soumettre ici concernent trois points très spécifiques:

1. Dans les circonstances actuelles où les conséquences de la crise économique obligent beaucoup d'employeurs à des resserrements budgétaires et à une rigueur accrue de gestion administrative, les accommodements que nous pouvons demander quant à des modifications ou des allègements de tâches seront probablement plus difficiles à obtenir. D'autre part ces mêmes circonstances peuvent accroître la tentation de certains employeurs de recourir à des consultations psychiatriques pour contourner les protections assurées par les conventions collectives. Dans ce domaine il n'est souvent pas acquis d'avance que la maladie mentale, lorsqu'elle est réelle, sera considérée au même titre que les autres.
2. Dans la mesure où les plaintes proviennent exclusivement du milieu du travail et ne sont pas confirmées ou étayées par d'autres sources d'observation sociales ou familiales, il est légitime de nous interroger sur leur validité et sur la dynamique sous-jacente des relations de travail pouvant contribuer ou non aux comportements jugés anormaux.
3. Dans les cas litigieux, nous n'avons pas de critères suffisamment précis qui nous permettraient de trancher entre ce qui devrait être un problème de relations de travail, à évaluer dans un contexte disciplinaire patronal-syndical, d'un problème présumément psychiatrique et à l'origine des difficultés rencontrées. Sur ce continuum qui va de ce qu'on pourrait appeler le «psychologique ordinaire» au «psychologique psychiatrique», la frontière entre les deux est souvent imprécise. L'expert choisi dispose du pouvoir relatif, mais inquiétant, de la situer plus ou moins lui-même, tant par le jugement qu'il pose que par la formulation employée. Peut-être serait-il souhaitable qu'une législation au niveau du Code du Travail impose une contre-expertise avant le recours au processus légal, dont on connaît la longueur, et les difficultés.

Ce qu'il ne faut pas oublier non plus, c'est que le scénario du renvoi centré autour d'un problème psychiatrique n'est pas le seul, ni peut-être le plus fréquent. La démission forcée en est un autre, et j'ai le cas actuellement d'un professionnel qui s'est vu plus ou moins contraint de poser ce geste irréversible, alors qu'on pouvait douter légitimement de la clarté de son jugement à cette époque-là. Alors qu'il est bien contrôlé maintenant, après qu'on ait pu poser le diagnostic adéquat, il subit une déchéance sociale qui ne peut que le détériorer à long terme, et son recours légal est très fragile dans la mesure où il faut juger «à posteriori» une situation complexe.

La psychiatrie connaît actuellement une évolution rapide. À la suite du courant communautaire elle a pénétré de plus en plus profondément dans le tissu social, et notamment grâce à l'aide d'équipes multidisciplinaires. Le souci de réintégration qui est mis de l'avant actuellement, ne fait que souligner la nécessité de se pencher avec une attention plus grande sur les problèmes que connaissent les personnes suivies en psychiatrie avec leurs employeurs, et avec le monde du travail en général.

NOTE

1. Le certificat médical de retour au travail du psychiatre traitant.

RÉFÉRENCES

- Gazette Officielle du Québec, 1982, *Titre IX, Système Psychiatrique*, 114^e année n° 43, 3883-3887.
- GRUNBERG, F., 1983, *Le chômage et la santé mentale*, Conférence prononcée à l'hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal le 2 novembre 1983.
- GRUNBERG, F., GRAVEL, G.B., 1980, Psychiatrie légale, in *Psychiatrie Clinique: Approche Contemporaine*, Gaétan Morin, 877-906.
- LAROCHE, L.M. HILLEL, J., 1980, Les réactions psychiatriques au stress situationnel, in *Psychiatrie Clinique: Approche Contemporaine*, Gaétan Morin, 147-171.
- VEZINA, M., 1978, La Santé Publique via la Santé au Travail, *Union Médicale du Canada*, tome 107, 650-656.
- WALLOT, H., 1980, Éléments pour une problématique de la psychiatrie du travail, *Revue pratique de la psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 1, 51-62.
- WALLOT, H., 1979, Éléments pour une problématique de la psychiatrie du travail, *Union médicale du Canada*, tome 108, 69-74.

SUMMARY

This article is part of a general outline on the Psychiatry of Work, and with the help of case histories, looks upon a sector not well researched in the literature: the direct or indirect use of the psychiatric file in the firing of an employee. The first case presents a patient known as such, who had become too ill to reintegrate his job and who needed help having his fundamental rights recognized. In the second case, the employer, on the strength of a psychiatric evaluation he himself had ordered, fired an employee, invoking a refusal on his part to accept treatment. Testimonies revealed afterwards that abnormal pressures were used on this employee. The author concludes that in similar cases, caution is necessary especially when the demand for an evaluation comes from the employer. He wishes that in an overall perspective of social reintegration, the therapeutic teams give more attention to the reintegration in the work field.